



**CHU
NANTES**

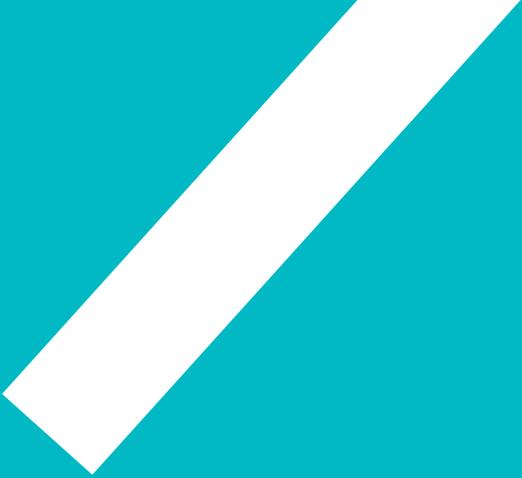
Infections hivernales : Cas pratiques

Dre Elodie Imboula – Médecin généraliste

Dre Jeanne Brochon – Pédiatre infectiologue

Journée nantaise d'infectiologie – 16/05/2025

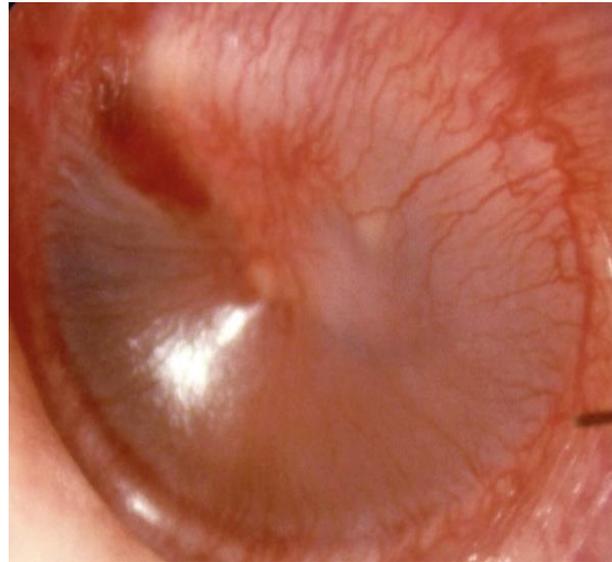




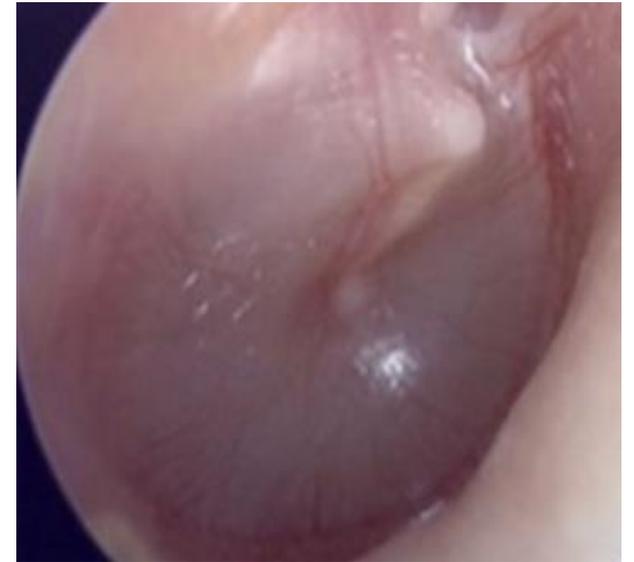
Cas clinique #1

Pierre, 3 ans, 15kg

- ATCD:
 - Aucun
- Anamnèse:
 - Rhinite depuis 2 jours
 - Douleur oreille gauche depuis le matin
 - 1 réveil nocturne
- Examen:
 - T° 38,5°C
 - FR 22/min, FC 100bpm, sat 99% AA
 - BEG, auscultation normale
 - Rhino-pharyngite



Tympan G



Tympan D

Question 1

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

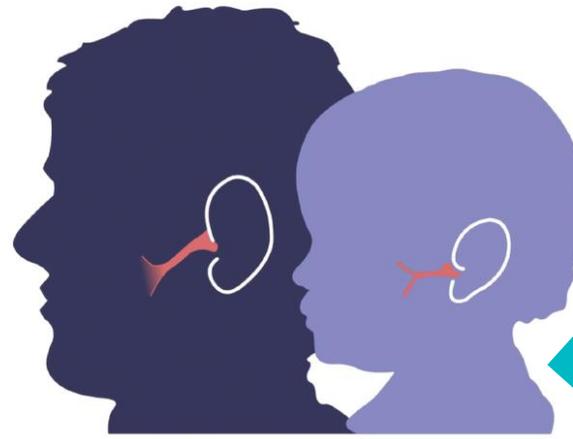
1. OMA purulente droite
2. OMA purulente gauche
3. OMA congestive droite
4. OMA congestive gauche
5. Tympan droit normal
6. Tympan gauche normal

Question 1

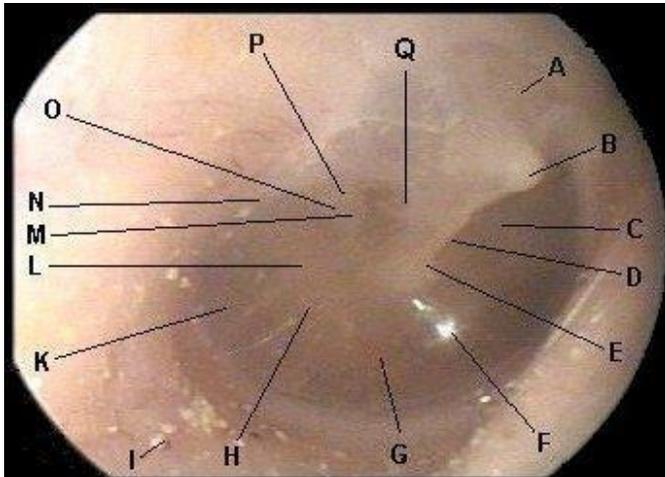
Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

1. OMA purulente droite
2. OMA purulente gauche
3. OMA congestive droite
4. OMA congestive gauche
5. Tympan droit normal
6. Tympan gauche normal

L'art de l'otoscopie



- 4 étapes
- Membrane : intégrité, couleur et transparence, bombement (L, C, K, G)
- Reliefs : saillie de l'apophyse du marteau (B)
- Reflets : triangle lumineux (F)
- Milieu de l'oreille moyenne (ce qu'on en devine): Absence de niveau liquide donc a priori aérien



Rappels : tympan normal (gauche)



Le tympan doit être transparent, avec un triangle lumineux en bas et en avant. Le manche du marteau est bien visualisé.

A l'inverse, différents aspects peuvent correspondre à un tympan pathologique : hyper vascularisation, perte des reliefs ou au contraire enclume et étrier trop visibles (rétraction tympanique).



Question 2

Quelles explications et consignes pouvez-vous donner à sa mère ?

1. Les otites moyennes aiguës congestives sont virales dans 90 % des cas avec une guérison spontanée
2. L'antibiothérapie locale avec gouttes auriculaires peut accélérer la guérison
3. Le mouchage seul est préférable au lavage de nez par sérum physiologique
4. Il est important de donner des bains frais réguliers à Pierre pour diminuer la température.
5. Vous proposez de revoir Pierre en cas de persistance de la douleur et de la fièvre à 72h après prescription d'antalgiques par paracétamol, et AINS si le paracétamol est insuffisant
6. Le traitement antibiotique n'est pas obligatoire mais prévient l'apparition d'une OMA purulente.

Question 2

Quelles explications et consignes pouvez-vous donner à sa mère ?

1. Les otites moyennes aiguës congestives sont virales dans 90 % des cas avec une guérison spontanée
2. L'antibiothérapie locale avec gouttes auriculaires peut accélérer la guérison
3. Le mouchage seul est préférable au lavage de nez par sérum physiologique
4. Il est important de donner des bains frais réguliers à Pierre pour diminuer la température.
5. Vous proposez de revoir Pierre en cas de persistance de la douleur et de la fièvre à 72h après prescription d'antalgiques par paracétamol, et AINS si le paracétamol est insuffisant.
6. Le traitement antibiotique n'est pas obligatoire mais prévient l'apparition d'une OMA purulente.

Question 3

La mère semble rassurée. Cependant on est jeudi matin et elle vous explique qu'elle craint de ne pas réussir à prendre un RDV si les symptômes persistent dans 72 heures car ce sera dimanche.

Que pouvez-vous lui proposer ?

1. Vous n'aviez pas pensé à ce détail, vous décidez finalement alors de débiter une antibiothérapie par voie générale dès aujourd'hui.
2. Vous prescrivez une ATB qu'elle débutera en cas de persistance des symptômes à H72.
3. Vous ne prescrivez pas d'antibiothérapie anticipée mais lui conseillez d'aller aux urgences pédiatriques les plus proches si les symptômes persistent à 72 heures.
4. Vous lui indiquez les maisons médicales de garde autour de chez vous en cas de persistance des symptômes.
5. Vous lui expliquez les signes de mauvaise tolérance de la fièvre et de complication possible, et proposez d'attendre le lundi si la fièvre persiste mais de manière bien tolérée.

Question 3

Que pouvez-vous lui proposer ?

1. Vous n'aviez pas pensé à ce détail, vous décidez finalement alors de débiter une antibiothérapie par voie générale dès aujourd'hui.
2. Vous prescrivez une antibiothérapie qu'elle débutera en cas de persistance des symptômes à 72 heures.
3. Vous ne prescrivez pas d'antibiothérapie anticipée mais lui conseillez d'aller aux urgences pédiatriques les plus proches si les symptômes persistent à 72 heures.
4. Vous lui indiquez les maisons médicales de garde autour de chez vous en cas de persistance des symptômes.
5. Vous lui expliquez les signes de mauvaise tolérance de la fièvre et de complication possible, et proposez d'attendre le lundi si la fièvre persiste mais de manière bien tolérée

Fiche info santé fièvre chez l'enfant

La fièvre chez votre enfant

Madame, Monsieur,
Votre enfant présente de la fièvre, c'est-à-dire que sa température est $> 38^{\circ}\text{C}$.

La fièvre est une réaction normale et utile de l'organisme face à une infection, virale ou bactérienne. Elle se mesure avec un thermomètre axillaire (c'est-à-dire à placer sous l'aisselle, et ajoutant $+ 0,5^{\circ}\text{C}$ au chiffre affiché).



CHU NANTES
AUX NOUVELLES FRONTIÈRES DE LA SANTÉ

CONDUITE À TENIR EN CAS DE FIÈVRE CHEZ VOTRE ENFANT à la sortie de l'hôpital

Il est important de le surveiller et de prendre régulièrement sa température

Les conseils & consignes suivant(e)s vont vous aider dans les jours qui suivent votre passage à l'hôpital

1 POURQUOI MON ENFANT A DE LA FIÈVRE ?

La fièvre est une réponse normale et utile de l'organisme face à une infection :

- Soit **virale**, qui guérit en général seule
- Soit **bactérienne** (infection pulmonaire, urinaire, ...). Dans ce cas des **antibiotiques** sont nécessaires

La maladie responsable (virale ou bactérienne) peut se révéler après cette consultation. Vous devez donc continuer à surveiller votre enfant en **prenant sa température**

Si la **FIÈVRE PERSISTE**, ou si de nouveaux signes apparaissent, une nouvelle consultation pourra être programmée, dans les **48-72H**, sur conseil de votre médecin

2 COMMENT MESURER LA TEMPÉRATURE ?

La prise de température se réalise sur un enfant déshabillé, avant la prise de paracétamol

Les méthodes les plus fiables

- La prise **axillaire** (sous l'aisselle) en rajoutant $0,5^{\circ}\text{C}$ au chiffre affiché
- La prise **rectale** (dans les fesses) sans rien ajouter au chiffre affiché

La prise axillaire est à privilégier, car une prise répétée par voie rectale est à risque de traumatisme ou d'irritation

3 QUELS SONT LES BONS GESTES À ADOPTER EN CAS DE FIÈVRE CHEZ MON ENFANT ?

- Aérez régulièrement la pièce où il dort/vit
- Ne surchauffez pas la chambre (T° idéale $18-20^{\circ}\text{C}$)
- Découvrez-le davantage (le mettre en body/couche)
- Proposez-lui à boire plus souvent
- Ne lui donnez pas un bain froid ou frais

4 QUEL(S) MÉDICAMENT(S) DONNER À MON ENFANT ?

- Si votre enfant vous paraît confortable, comme d'habitude, ou s'il est juste un peu plus fatigué que d'habitude, le paracétamol n'est pas utile
- Si votre enfant est grincheux, grognon, s'il semble douloureux ou pleure beaucoup, donnez-lui du **paracétamol** (en fonction de son poids). Les administrations doivent être espacées de **4 à 6h**, sans dépasser **4 doses par 24h**. Favorisez la voie orale (par la bouche) si possible, car celle-ci est plus efficace
- **NE DONNEZ PAS d'anti-inflammatoire (ibuprofène)** à votre enfant sans prescription médicale

5 QUELS SONT LES SIGNES À SURVEILLER ET QUE FAIRE ?

Le plus important c'est le comportement de votre enfant, pas la hauteur de la fièvre

- Est **grognon**, pleure mais reste consolable
- Est **plus fatigué** mais continue à jouer
- **Mange moins** mais continue à boire et manger en petite quantité régulièrement
- Ne réagit pas de façon habituelle, est **très fatigué**
- **Respire trop vite**
- **Vomit** à chaque prise alimentaire ou boisson
- **Diarrhées** importantes (plus de 5 selles liquides/jour)
- **Ne boit pas**, urine peu, n'a plus de larme ou a des couches sèches
- **Ne répond pas**, difficile à réveiller, confus ou avec des **cris/pleurs** très faibles
- Enfant **mou**, hypotonique, comme une poupée de chiffon
- A les **extrémités** ou la **bouche bleue**
- Présente une **gêne importante pour respirer** ou fait des pauses respiratoires
- Présente des **tâches violacées** ou rouges qui ne s'effacent pas en appuyant dessus
- Présente des **mouvements répétés**/semble convulser
- A des **maux de têtes** intenses malgré le paracétamol ou est **gêné par la lumière** ou le **bruit**

Suivez les conseils donnés sur cette feuille et continuez de **surveiller votre enfant**

Une nouvelle consultation est à prévoir rapidement dans la journée avec le **médecin traitant**, si impossible appelez le médecin de garde ou allez aux **urgences**

Appelez le **SAMU** (Tél. 15 ou 112)



Cette fiche d'information a été validée par un panel de médecins généralistes et de pédiatres libéraux et hospitaliers lors d'une étude coordonnée par le Dr Lauriane Emond et le CHU de Nantes. Version 2 / mars 2024



Cas clinique #2

Léa, 5 ans

- ATCD: OMA 2mois auparavant
- Ootalgie droite brutale depuis le matin soulagée par le paracetamol
- Rhinite depuis 5 jours
- Examen:
 - T° 39°C
 - FR 25/min, sat 98% AA
 - Etat général conservé
 - Rhinorrhée claire
- Otoscopie: OMA purulente à droite et tympan normal à gauche
 - Membrane : intègre, infiltrée, inflammatoire
 - Reliefs : saillie de l'apophyse quasi disparue
 - Reflets : triangle lumineux diminué voire aboli
 - Milieu de l'OM : purulent et bombant



Le père demande une prescription rapide d'ATB !!

Question 1

Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) possible(s) à proposer à Léa

1. Antibiothérapie par Amoxicilline 80 à 100 mg/kg/j e, 2 prises par jour pour une durée de 5 jours
2. Antipyrétique type paracétamol et désobstruction rhinopharyngée au sérum physiologique
3. Réévaluation clinique systématique à 48-72 heures
4. Réévaluation clinique à 48-72 heures uniquement en cas de persistances des symptômes ou d'aggravation clinique
5. Prescription d'antibiotiques différée par Amoxicilline si les symptômes persistent à 72 heures

Question 1

Quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) possible(s) à proposer à Léa

1. Antibiothérapie par Amoxicilline 80 à 100 mg/kg/j e, 2 prises par jour pour une durée de 5 jours
2. Antipyrétique type paracétamol et désobstruction rhinopharyngée au sérum physiologique
3. Réévaluation clinique systématique à 48-72 heures
4. Réévaluation clinique à 48-72 heures uniquement en cas de persistance des symptômes ou d'aggravation clinique
5. Prescription d'antibiotiques différée par Amoxicilline si les symptômes persistent à 72 heures

Prescription différée d'antibiotiques

- Pas de recommandation officielle en France, mais recommandée dans d'autres pays (Europe & Amérique du Nord)
- Usage courant en médecine générale
 - OMA chez l'enfant > 2ans
 - Cystite
- Diminution de la consommation d'antibiotique (Cochrane)
93% dans la prescription immédiate vs. 31% prescription différée
- Etude Adoma sur prescription différée dans l'OMA en cours en France par CNGE
- Bien choisir les patient·es candidat·es

En cas de tension d'approvisionnement

- OMA <6 mois
=> ATB pour toutes les OMA
- OMA entre 6 mois et 2 ans
=> ATB d'emblée si très fébriles, douloureuses ou compliquées (perforation avec otorrhée, otite récidivante)
=> Sinon, proposer ATB différée (si pas d'amélioration de la fièvre et/ou des douleurs en 36 et 48 heures)
- OMA >2 ans
=> ATB différée à privilégier (si pas d'amélioration de la fièvre et/ou des douleurs en 36 et 48 heures)
- Réserver la prescription d'emblée aux formes compliquées ou très symptomatiques
- 5 jours de traitement, quel que soit l'âge
- Ne traiter que les OMA dûment diagnostiquées (avis ORL ou pédiatrique en cas de doute)

Question 2

Vous proposez une abstention thérapeutique. Le père de Léa ne comprend pas votre démarche.

Vous justifiez votre décision en expliquant que :

1. Dans 80 % des cas les otites guérissent de façon spontanée sans antibiothérapie (1)
2. L'effet bénéfique de l'antibiothérapie a été démontré notamment chez les enfants de moins de 2 ans, avec une otite bilatérale ou chez les enfants avec une otorrhée purulente (2)
3. Comme Léa est à jour de ses vaccinations, elle est protégée des otites moyennes aiguës purulentes graves.
4. L'utilisation des antibiotiques n'est pas anodine, ils perturbent la flore commensale, peuvent provoquer des effets secondaires indésirables à court et à long terme (3)
5. L'antibiothérapie ne permet pas de s'affranchir totalement du risque de complications liées aux OMA

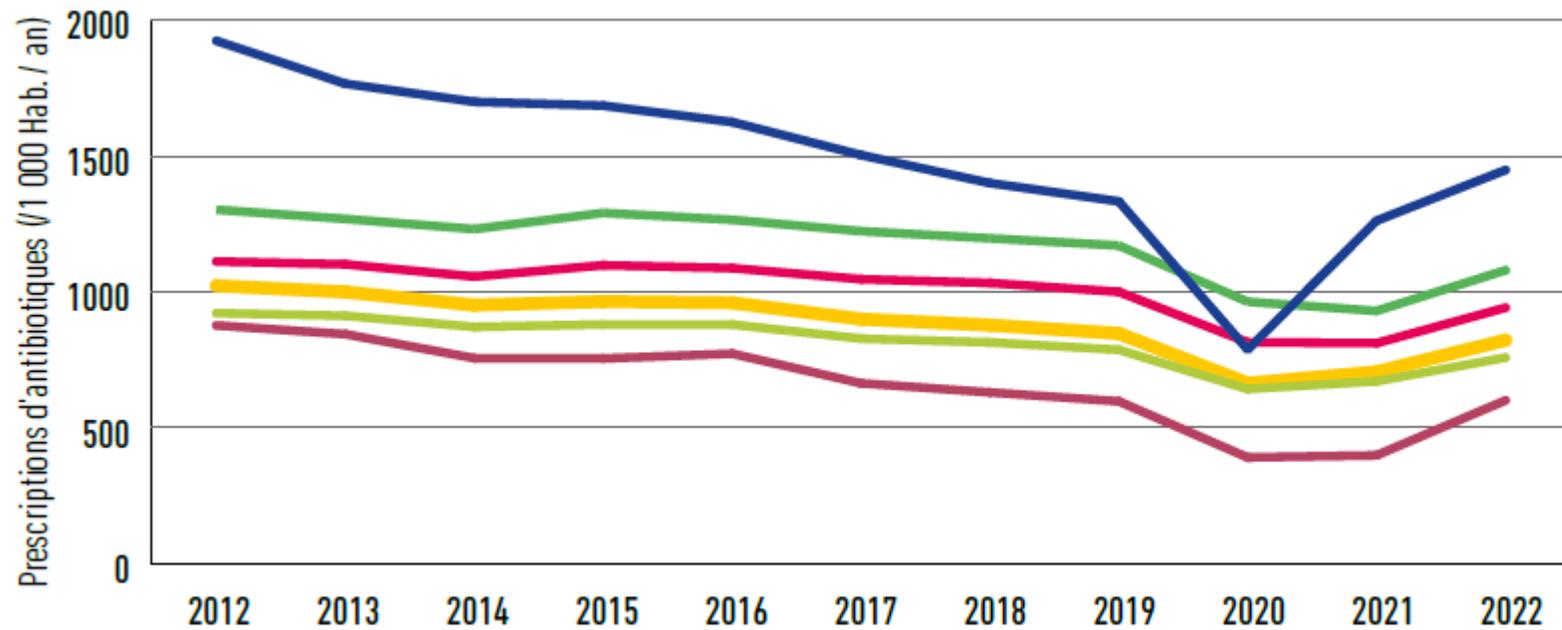
Question 2

Vous proposez une abstention thérapeutique. Le père de Léa ne comprend pas votre démarche.

Vous justifiez votre décision en expliquant que :

1. Dans 80 % des cas les otites guérissent de façon spontanée sans antibiothérapie
2. L'effet bénéfique de l'antibiothérapie a été démontré notamment chez les enfants de moins de 2 ans, avec une otite bilatérale ou chez les enfants avec une otorrhée purulente
3. Comme Léa est à jour de ses vaccinations, elle est protégée des otites moyennes aiguës purulentes graves.
4. L'utilisation des antibiotiques n'est pas anodine, ils perturbent la flore commensale, peuvent provoquer des effets secondaires indésirables à court et à long terme
5. L'antibiothérapie ne permet pas de s'affranchir totalement du risque de complications liées aux OMA

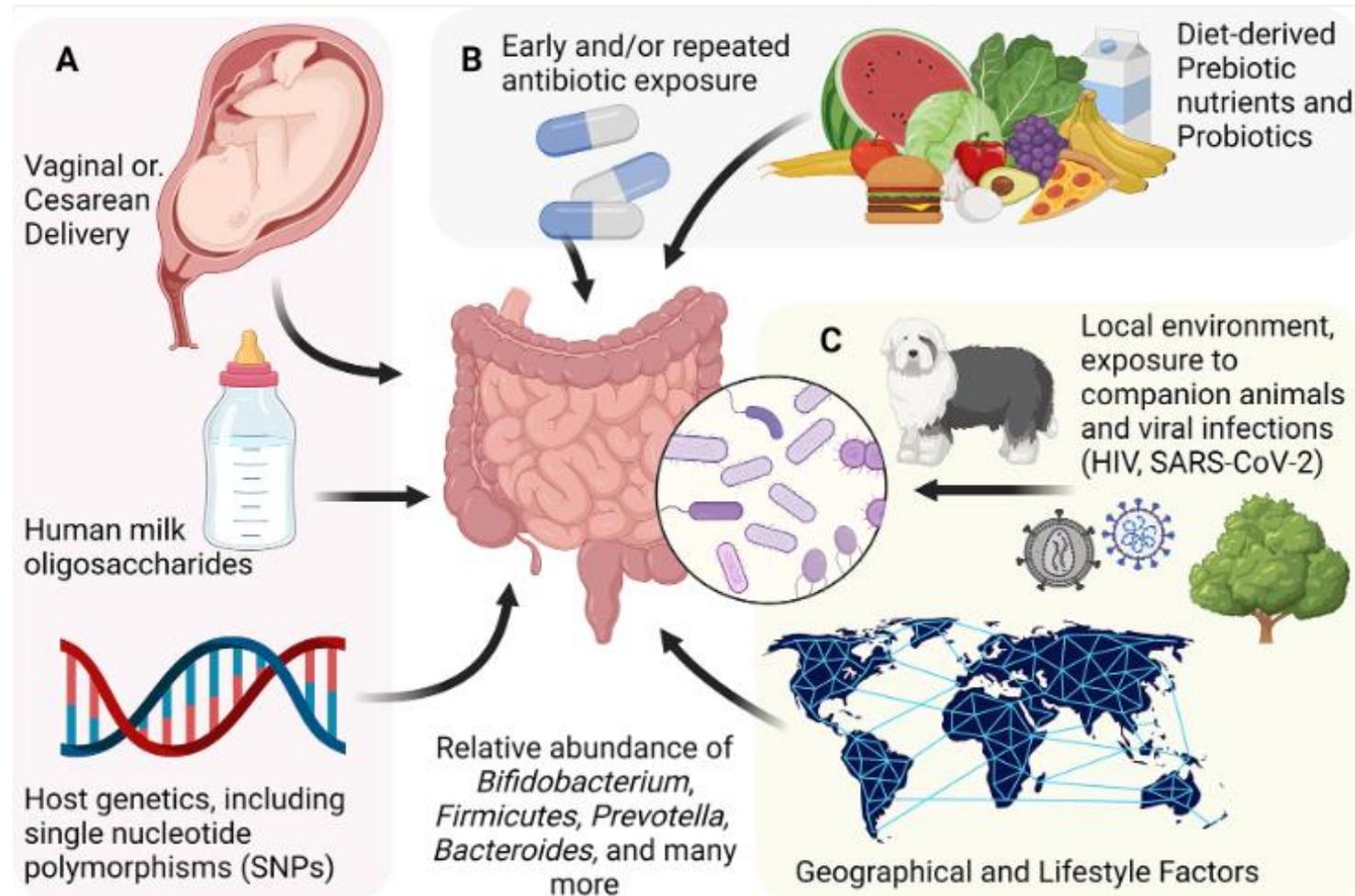
Antibiotique en pédiatrie



- Global
- 80 ans et plus
- 65-80 ans
- 15-64 ans
- 5-14 ans
- 0-4 ans

OBJECTIF
Stratégie nationale ^[5]
< 650 prescriptions /
1 000 Hab. / an

Impact sur le microbiote



- Utilisation d'antibiotique en période néonatale = principal facteur de modifications du microbiote
 - Diminution des bacteroides et bifidobacteries
 - Augmentation des bactéries pathogènes comme *Escherichia coli*

Microbiote digestif en pédiatrie

- Intestin:
 - Surface= 30m² – Volume= 3L
 - 10¹³ – 10¹⁴ microbes de milliers d'espèce
 - Formation après **la naissance ad 3 and**
- **Période des 1000 jours** (de la conception à l'âge de 2 ans):
L'impact de **facteurs environnementaux** (nutrition, activité sportive, ATB) multiples du début de la vie sur **l'état de santé mental, physique et émotionnel actuel et futur de l'enfant**.
« 1000 Days: Change a Life, Change the Future » - Hillary Clinton, 2010
- Microbiote de l'enfant plus « fragile » et moins résilient
- Effet dose dans certaines pathologies des antibiotiques:
Plus on en prend, plus le risque augmente
- Certains ATB plus délétères : augmentin, C2G/C3G, FQ, azithro...

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
*Liberté
Égalité
Fraternité*



Implications à long terme

- Modification du microbiote associé à un risque augmenté de:
 - ❖ Allergie et d'atopie dans l'enfance (asthme, rhinite allergique, dermatite)
 - ❖ Maladies métaboliques (surpoids, obésité, diabète),
 - ❖ Maladies digestives (MICI, maladies coéliquées, Syndrome de l'intestin irritable)
 - ❖ Maladies auto-immunes (Arthrite juvénile idiopathique, SEP)
 - ❖ Troubles neuro-développementaux (TSA?, TDAH, troubles des apprentissages)
 - ❖ Maladies cardiovasculaires: athérosclérose, Kawasaki
 - ❖ Cancer et moins bonne réponse au traitement

Question 3

Le père de Léa est rassuré face à tous vos arguments mais il a quand même très peur que le traitement symptomatique ne suffise pas car Léa est sujette aux OMA.

Vous vous rendez alors compte que Léa a présenté 5 épisodes d'OMA depuis 1 an.

Au regard des otites à répétition de Léa, que pouvez-vous proposer pour la suite de la prise en charge ?

1. Vous préférez débiter l'antibiothérapie d'emblée.
2. Vous prescrivez en première intention l'association Amoxicilline-Acide Clavulanique.
3. Vous proposez d'adresser Léa en consultation à un ORL sans urgence.
4. Vous prescrivez un bilan à la recherche d'un déficit immunitaire chez Léa.

Question 3

Le père de Léa est rassuré face à tous vos arguments mais il a quand même très peur que le traitement symptomatique ne suffise pas car Léa est sujette aux OMA.

Vous vous rendez alors compte que Léa a présenté 5 épisodes d'OMA depuis 1 an.

Au regard des otites à répétition de Léa, que pouvez-vous proposer pour la suite de la prise en charge ?

1. Vous préférez débiter l'antibiothérapie d'emblée.
2. Vous prescrivez en première intention l'association Amoxicilline-Acide Clavulanique.
3. Vous proposez d'adresser Léa en consultation à un ORL sans urgence.
4. Vous prescrivez un bilan à la recherche d'un déficit immunitaire chez Léa.

Bilan immunitaire

*Bilan de 1^{ère} intention
NFS (+/- frottis sanguin)
Dosage pondéral des IgG – IgA – IgM
Dosage des sous-classes d'IgG (IgG1 – IgG2 – IgG3) si enfant > 18M
Sérologies post vaccinales (tétanos, Haemophilus, Pneumocoque)*

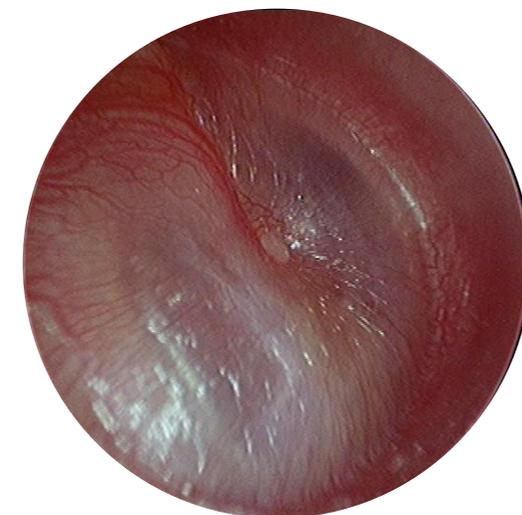
- Infections récurrentes des voies respiratoires
 - 8 OMA/an chez enfant < 4 ans
 - 4 OMA/an chez enfant 4-6 ans
 - 1 OMA/an chez enfant > 6 ans
 - 2 pneumopathies/sinusites/an
- Infection sévère à Pneumocoque, Haemophilus, Méningocoque
- Infections récurrentes à bactéries pyogènes
- Infections récurrentes à même pathogène
- Infection inhabituelle par son évolution (diarrhée persistante, muguet récidivant...) ou sa présentation (candidose cutanée récidivante, infection opportuniste)
- Cassure courbe staturo-pondérale / diarrhée persistante
- ATCD familial de DIH ou de signes cliniques similaires

Question 4

Vous revoyez Léa, amenée par son père pour contrôle tympanique 2 semaines plus tard. Il est en bon état général. Vous retrouvez l'aspect suivant à l'otoscopie :

Que faites-vous?

1. Il faut introduire de l'amoxicilline pour 5 jours
2. Il faut introduire de l'amoxicilline mais pour 10 jours
3. Il faut élargir le spectre pour de l'amoxicilline-acide clavulanique
4. Il faut privilégier une céphalosporine orale
5. Il faut s'abstenir de toute antibiothérapie car la normalisation du tympan peut prendre jusqu'à 6 semaines

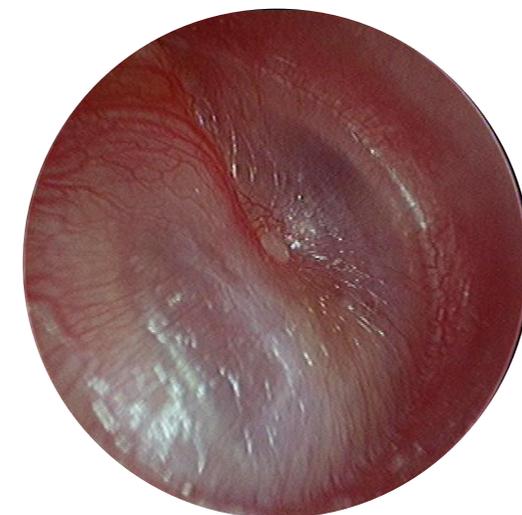


Question 4

Vous revoyez Léa, amenée par son père pour contrôle tympanique 2 semaines plus tard. Il est en bon état général. Vous retrouvez l'aspect suivant à l'otoscopie :

Que faites-vous?

1. Il faut introduire de l'amoxicilline pour 5 jours
2. Il faut introduire de l'amoxicilline mais pour 10 jours
3. Il faut élargir le spectre pour de l'amoxicilline-acide clavulanique
4. Il faut privilégier une céphalosporine orale
5. Il faut s'abstenir de toute antibiothérapie car la normalisation du tympan peut prendre jusqu'à 6 semaines



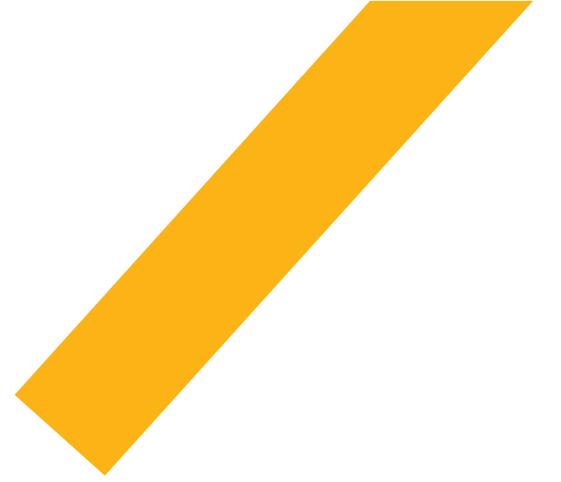
Cas clinique #3

Roger, 68 ans

- Il est diabétique mal équilibré, sous ADO, a tendance à ne pas être très observant.
- Il fume (30 PA), et prend quotidiennement 2 verres de vin.
- « Allergie à la pénicilline » notée dans le dossier médical.
- Il tousse depuis 3 jours et dit qu'il a fait un peu de fièvre.
- Roger a déjà fait 2 épisodes d'infection des voies respiratoires depuis le début de l'année. Et il ajoute : « la dernière fois ça avait mis longtemps à passer, il me faut quelque chose d'efficace pour guérir vite ! »

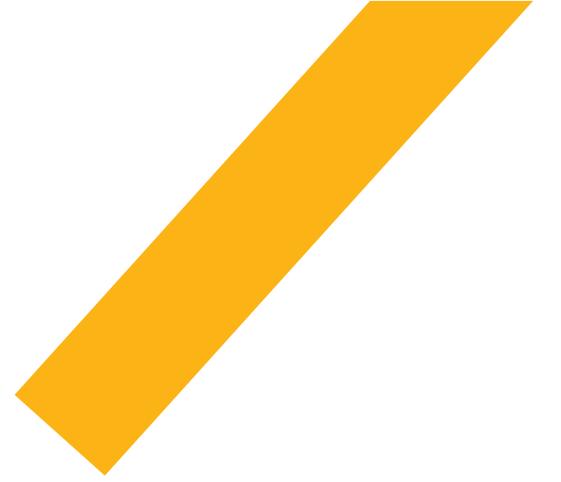
Question 1

Qui se dit que M. Roger veut une prescription d'antibiotiques?



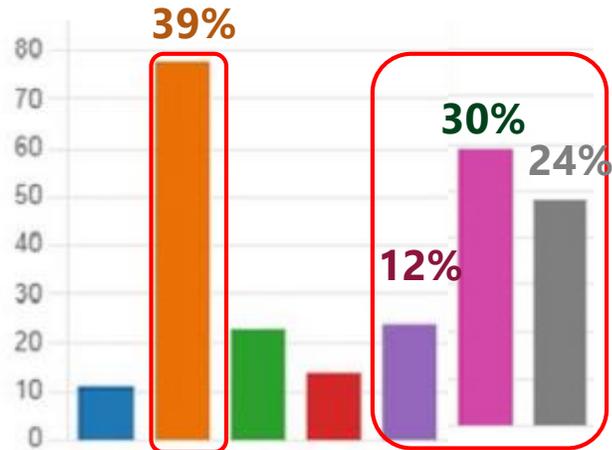
Question 2

Qui aborde directement la question avec le patient ?



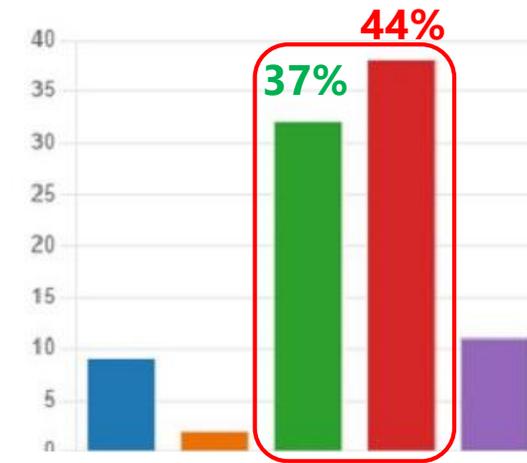
Représentation de l'ATB par les patients

D'après vous, les antibiotiques:



- Sont utiles pour faire baisser la fièvre
- Permettent de guérir plus vite
- Sont nécessaires si la fièvre dure plus de 3 jours
- Sont efficaces sur le rhume
- Sont efficaces sur la bronchite
- Sont efficaces sur la grippe
- Sont utiles pour diminuer la toux

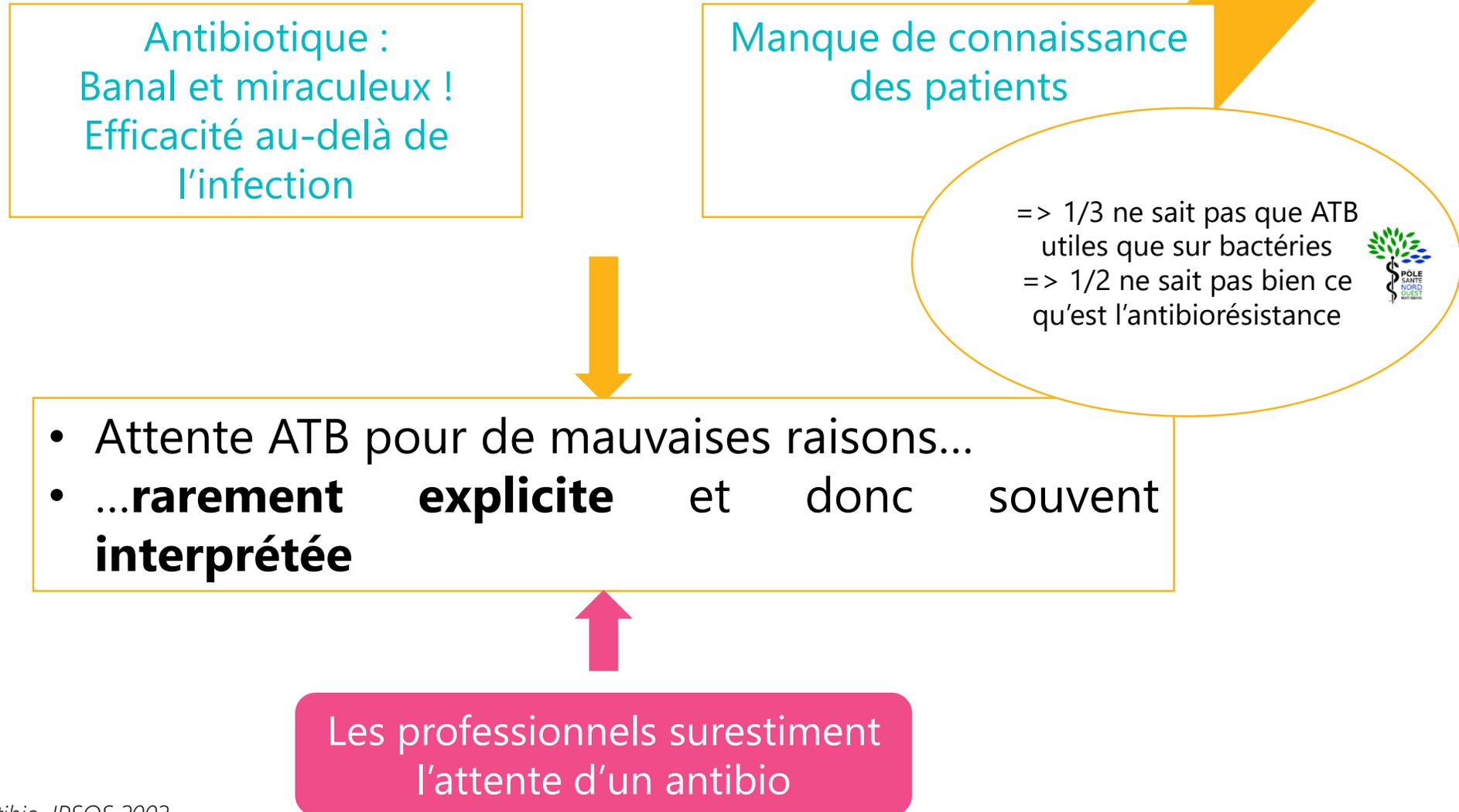
De manière générale, une prescription d'antibiotique pour votre enfant:



- Fatigue votre enfant
- Vous rassure
- Diminue les rechutes
- Favorise une guérison rapide
- Evite les complications



Représentation de l'antibiotique par les patients



Confusion entre attentes réelles du patient
et l'interprétation du médecin



Pression ressentie par le médecin d'une
demande d'ATB



Prescription en pensant satisfaire le
patient

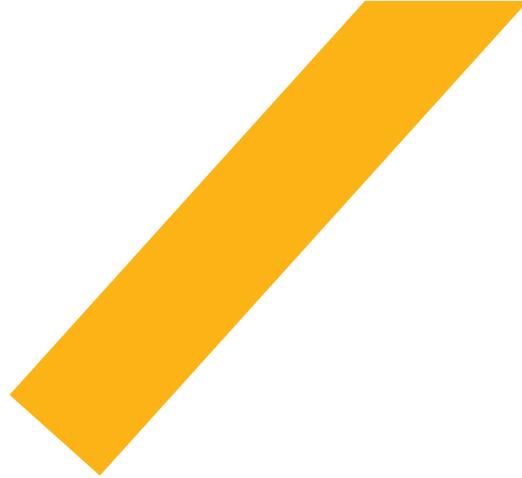
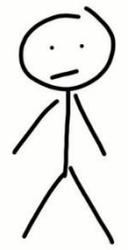


Dans l'esprit du patient :
cette situation nécessite des ATB

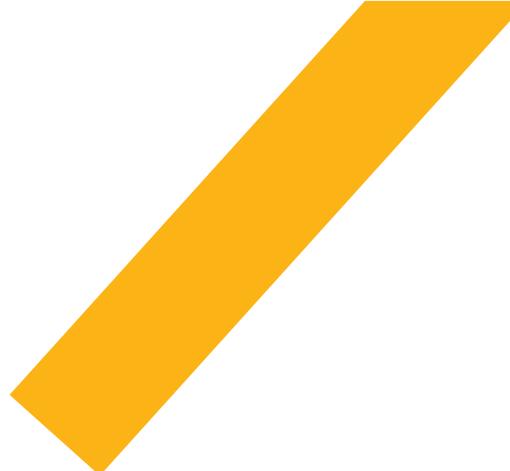


Augmentation du risque de prescription
ATB ultérieure

« la dernière fois
que j'ai eu une
sinusite vous
m'avez prescrit
un ATB »



Revenons au cas clinique



Roger, 68 ans, vient consulter pour son renouvellement, accompagné de sa femme.

Il est diabétique mal équilibré, sous ADO, a tendance à ne pas être très observant. Il fume (30 PA), et prend quotidiennement 2 verres de vin. Notion d'allergie à la pénicilline.

Vous réalisez la consultation puis son renouvellement.

En fin de consultation, pris d'une toux, Roger vous informe qu'il tousse depuis 3 jours et qu'il a fait un peu de fièvre.

Roger a déjà fait 2 épisodes d'infection des voies respiratoires depuis le début de l'année. Et sa femme d'ajouter : « la dernière fois ça avait mis longtemps à passer, il lui faut quelque chose d'efficace pour guérir vite ! »

A l'examen, il est fébrile à 38°C. L'auscultation retrouve des râles assez diffus.

Question 3

Quels éléments vous manquent pour prendre en charge Roger ?

Les reco... ou quand on a un diagnostic !

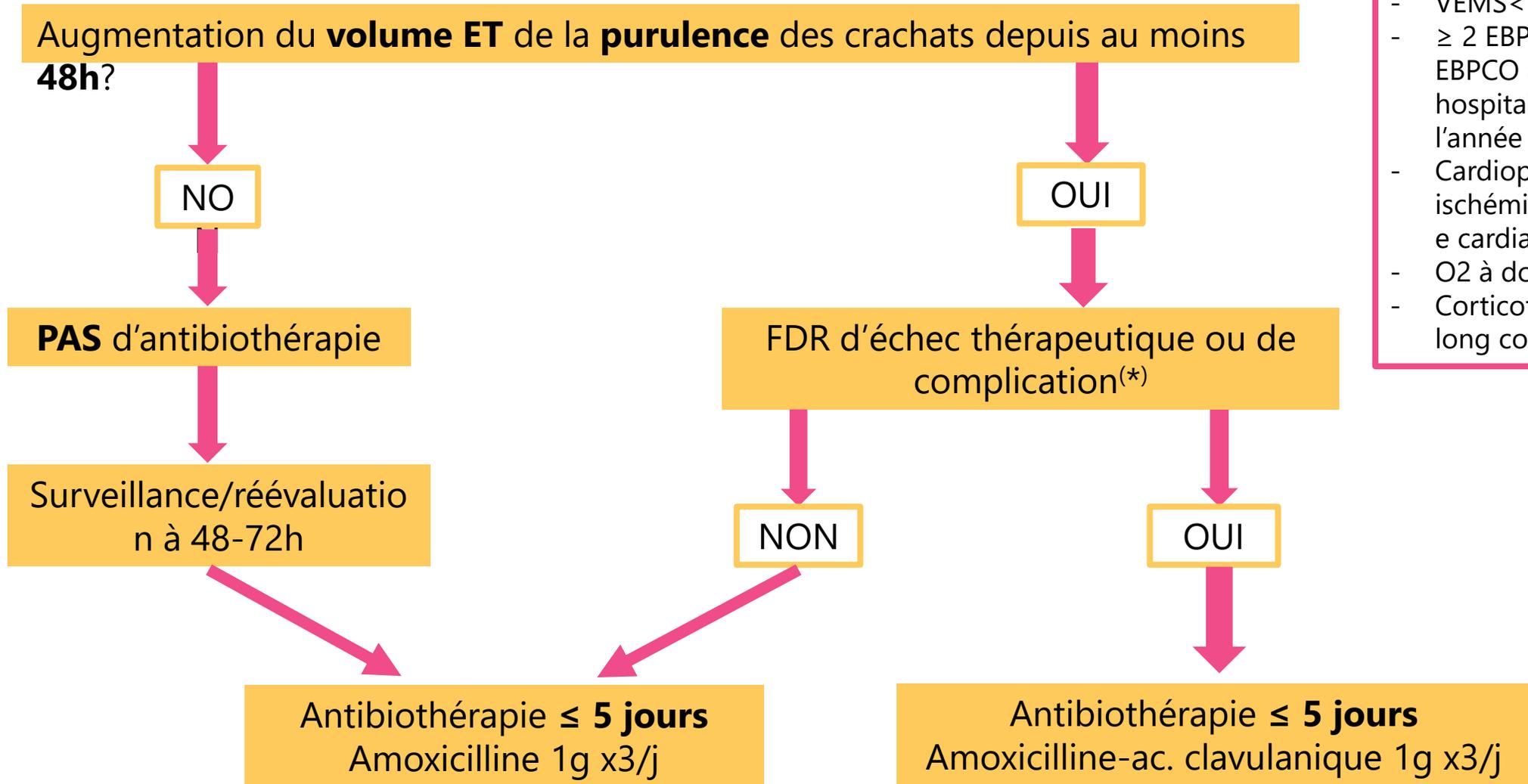
- Exacerbation de BPCO:
=> Sous entend une BPCO diagnostiquée au préalable !

TVO	sévérité	Définition	Correspondance clinique (état de base)
VEMS/CVF < 70%	grade GOLD 1 Obstruction bronchique légère	VEMS ≥ 80%	Absence de dyspnée
	grade GOLD 2 Obstruction bronchique modérée	VEMS 50-80%	Dyspnée d'effort (inconstant)
	grade GOLD 3 Obstruction bronchique sévère	VEMS 30-49%	Dyspnée d'effort
	grade GOLD 4 Obstruction bronchique très sévère	VEMS < 30%	Dyspnée de repos

Facile à repérer à l'interrogatoire

- Etiologie BPCO:
=> **infectieux dans 50% des cas**, dont 50% bactérien (déséquilibre de la flore habituelle ou apparition nouvelle espèce bactérienne)

Exacerbation de BPCO: les reco



(*) Facteurs de risque :

- >65ans
- VEMS < 50%
- ≥ 2 EBPCO/an ou 1 EBPCO avec hospitalisation dans l'année
- Cardiopathie ischémique/insuffisance cardiaque
- O2 à domicile
- Corticothérapie orale long court

Exacerbation de BPCO

Rationnel ?

- La purulence franche des crachats est le meilleur marqueur clinique corrélé à l'origine bactérienne (pour la BPCO ! Non extrapolable pour bronchite ou IVRH !!)
- Si étiologie bactérienne, les germes en cause sont pneumocoque, haemophilus et moraxella. Sur des BCPO sévères : pyo, stenotrophomonas...
- Études discordantes concernant les BPCO modérées mais intérêt probable de l'antibio si purulence franche des crachats
- Aide de la CRP pour déterminer l'étiologie bactérienne ? Cut off 40mg/L ?
- ECBC uniquement si colonisation connue à pyo et/ou BPCO stade IV et après avis spécialisé.

Pneumonie

- < 4% des patients consultant pour toux en médecine générale
- Mortalité : 5% en ambulatoire / 12% en hospitalisation / 20-40% pour les patients âgés
- Radio nécessaire (discutable en EHPAD...)
- Attention à la clinique chez le sujet âgé (importance de la sat et de la FR)
- Noter l'auscultation de base des patients !
- Thérapeutique:
 - ⇒ Amoxicilline (patient SANS comorbidité)
 - ⇒ Amoxicilline-ac. clavulanique (si au moins 1 comorbidité)
 - ⇒ Durée: 3 jours si évolution rapidement favorable

Groupe d'âge (Nb patients)	18 – 44 ans (N = 780) %	≥ 75 ans (Nb = 280) %
Toux	90	84
Dyspnée	75	66
Douleur pleurale	60	46
Fièvre	85	53
Frissons	85	52
Céphalées	75	32
Myalgies	67	25
Tachypnée	36	65

La vraie vie..

- Roger, 68 ans, vient consulter pour son renouvellement, **accompagné de sa femme**.
- Il est **diabétique mal équilibré**, sous ADO, a tendance à ne pas être très observant. Il **fume** (30 PA), et prend quotidiennement 2 verres de vin.
- **En fin de consultation**, pris d'une toux, Roger vous informe qu'il tousse depuis 3 jours et qu'il a fait un peu de fièvre.
- Roger a déjà fait **2 épisodes d'infection des voies respiratoires** depuis le début de l'année. Et sa femme d'ajouter : « la dernière fois ça avait mis longtemps à passer, il lui faut quelque chose d'efficace pour guérir vite ! »



Etude PAAIR

Approche psycho comportementale de la prescription antibiotique

1. Patient souhaite avoir des ATB

2. Patient relate des expériences passées, échecs médicaux

3. Ttt ATB déjà commencé

4. Épreuves personnelles ou familiales douloureuses

5. La prescription ATB n'est pas le principal motif de consultation

6. Plusieurs médecins mis en concurrence, ou en auto-concurrence

7. 2^e ou 3^e contact pour le même épisode

8. Patient fatigué ou très fatigué

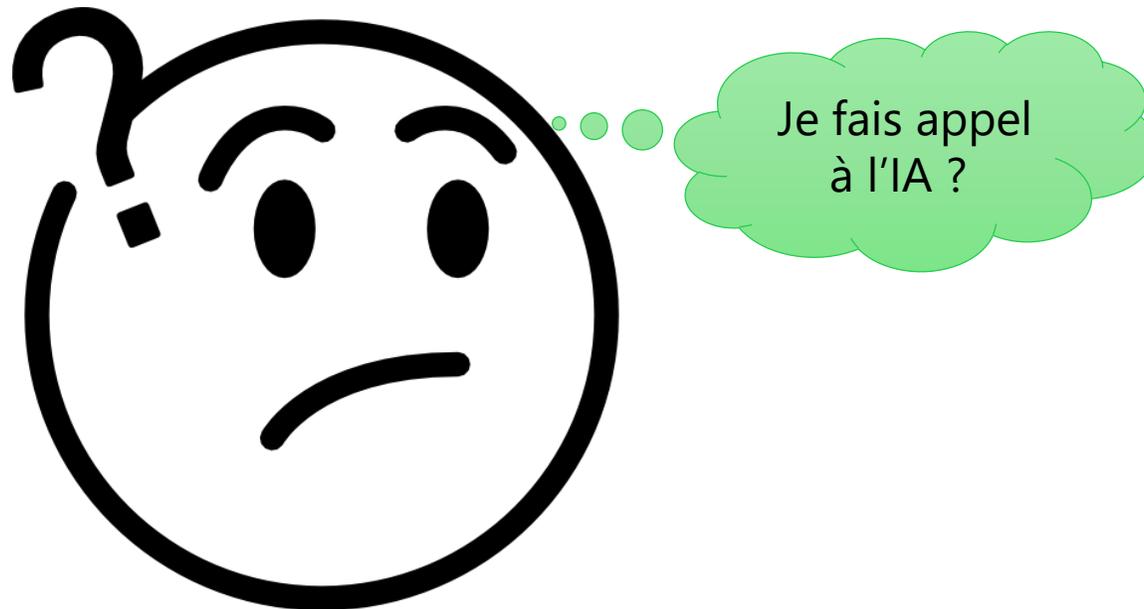
9. Malade perçu comme « à risque »

10. Médecin doute de l'origine virale

11. Forte conviction du médecin, opposé aux recommandations

Revenons au cas clinique

Et alors Roger, pensez-vous qu'il fait une pneumonie, une EBPCO ou une bronchite aiguë?



Et finalement..

- Priorité = éliminer pneumonie et EBPCO chez patient BPCO sévère
- En cas de doute et en l'absence de signes de gravité :
 - => **Temporiser** (bio*, radio...) et **réévaluer**
 - => Attention au piège de la bio perturbée chez un patient rassurant chez qui vous n'auriez pas prescrit d'ATB !
- Connaitre le bénéfice de l'antibiothérapie pour rationaliser les craintes des patients... et ses propres craintes !



En pratique:

« Si un cabinet de Médecine Générale avec une file active de 7000 pts réduisait son taux de prescription d'AB de 10 % dans les CS pour infections respiratoires hautes (et bronchites aiguës):

- 1 cas de pneumonie supplémentaire / an
- 1 cas de phlegmon d'amygdale tous les 10 ans »

Diagnostic	Complic	OR	NNT
Bronchite	Pneumonie		
0-4 ans		0,22	101
5-15 ans		0,18	96
16-64 ans		0,27	119
> 64 ans		0,35	39

Et finalement..

Les stratégies décrites par les MG de PAAIR :

- Repérer très tôt que la non prescription risquait de poser un problème
- Prendre la décision très tôt de ne pas prescrire puis la négocier au cours de la consultation
- Faire expliciter la demande puis expliquer à partir des craintes et des représentations des patients
- Faire un examen précis, ritualisé et commenté à chaque étape
- Expliquer la différence entre virus et bactéries, l'action et les effets indésirables des antibiotiques
- Proposer une cause non infectieuse de « rechange »

En conclusions

- Importance d'un discours homogène !
- Eviter les reconsultations inutiles ++
 - ⇒ Ré expliquer l'évolution naturelle de la maladie
 - ⇒ Insister sur la durée des symptômes et les signes devant amener à reconsulter
 - ⇒ Consignes pré remplies sur l'ordonnance ?
 - ⇒ Flyers / documents à remettre au patient ?





Merci pour votre attention !
Des questions?

